



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ENDOSCOPIAS ALTAS DIAGNOSTICAS Y TERAPEUTICAS

Por la presente, yo _____, de _____ años de edad, portador del DNI numero: _____ AUTORIZO a que efectúen una:

- Videoendoscopia digestiva alta diagnóstica.
 Videoendoscopia digestiva alta terapéutica (aclarar: _____).

El médico me ha explicado en términos fácilmente comprensibles, la naturaleza y propósito de la práctica: pasar un tubo flexible iluminado a través de la boca, insuflar con aire, lavar con agua y aspirar su contenido si es necesario. Por medio de esta sonda óptica se podrá evaluar la superficie interna del esófago, estómago, y duodeno y tomar, de ser necesario una muestra de tejido por biopsia o cepillado para su examen microscópico. También se podrán realizar algunos tratamientos, como por ejemplo, coagular lesiones sangrantes, extirpar pólipo, dilatar algunas estrecheces.

El endoscopio esta tratado según normas de bioseguridad de la ANMAT.

Consiento se me administre medicación sedante o antiespasmódica, previo o durante el estudio, autorizando se me suministre anestesia local en la garganta.

También se me ha explicado los riesgos eventuales que pueden ocurrir por este procedimiento.

Las complicaciones suceden muy raramente e incluyen perforación del tubo digestivo, hemorragias, reacciones a medicamentos (alergias relacionadas con la sedación o anestesia), infección y complicaciones cardiacas (arritmias, insuficiencia cardiopulmonar, trastornos de la conducción), y el índice de mortalidad es de 1 cada 10.000 pacientes. Me aclaró el médico que dichas complicaciones se deben a gran medida a enfermedades previas y a falta de colaboración del paciente.

Reconozco que durante el transcurso de la endoscopia, ciertas condiciones imprevistas pueden llegar a exigir procedimientos adicionales, autorizo disponer lo que se crea necesario incluyendo intervención quirúrgica, transfusiones, ejecución de estudios patológicos y radiológicos facultando asimismo al patólogo a examinar todo tejido que se me extraigan o biopsias que se me practiquen.

Con el propósito de promover el conocimiento y la educación médica, consiento la fotografía y/o videograbación de la práctica a realizarse, a condición de que mi identidad no sea revelada. También doy mi consentimiento a la admisión de observadores en la sala de procedimiento.

Doy fe de no haber omitido o alterado datos al exponer mis antecedentes clínicos, ni ser alérgico y reconozco que no me han dado garantía ni seguridades respecto de los resultados que se esperan del procedimiento endoscópico.

He comprendido la información que me ha sido proporcionada y asimismo, me han dado la oportunidad de hacer preguntas, y todas mis preguntas fueron contestadas completa y satisfactoriamente.

El presente documento me ha sido entregado por el Dr./a. _____ el día _____ para ser llevado a mi domicilio a fin de tener la oportunidad de compenetrarme debidamente del mismo.
Buenos Aires, _____ de _____ de 20_____

.....
Firma del/la médico/a tratante
Aclaración

.....
Firma del/la paciente Aclaración
Aclaración

Si el paciente es incapaz de firmar o es menor de edad se hace constar que:

A) Firma en su lugar: _____ (nombre y apellido, documento, tipo y N) B) Lo hace en carácter de: _____ (indicar el grado de parentesco)

.....
Firma del/la responsable
Aclaración

